



Aufnahmebogen: Pflege Datev-Nr.: _____

*Pflegeart: _____

Woher ist Ihnen unser Haus bekannt: _____

Zimmer: _____ Termin: _____

Anreisezeit: 10:30 Uhr Abreisezeit: _____ Zimmerräumung: 09:30 Uhr

Aus anderer Einrichtung: _____ Telefon: _____

***Ansprechpartner:**

***Pflegebedürftige Person:**

*Name: _____

*Name: _____

*Straße: _____

*Straße: _____

*PLZ/Ort: _____

*PLZ/Ort: _____

*Telefon: _____

Bundesland/Landkreis: _____

*Mobil: _____

Telefon: _____

*Verwandschaftsgrad: _____

*Geb.Datum: _____ Konfession: _____

Mit Betreuung: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Mit Vorsorgevollmacht: _____

*Pflegegrad: _____

Einstufung beantragt am: _____

Höherstufung beantragt am: _____

*Sozialhilfe nötig: _____

Sozialhilfe beantragt am: _____

*Grundsicherung wird gezahlt: _____

Fristwahrungsantrag von BK gestellt: _____

Abrechnung nach § 39 in PG-3	Beamter/Privatversichert	Wird mit PFK abgerechnet

*Pflegeversicherung: _____ **Beihilfeberechtigt:** Ja _____ %

*Straße: _____ *PLZ/Ort: _____

*Telefon: _____ *Fax: _____

*Vers.Nr: _____ Zuzahlungsbefreit:

Restbetrag/Tage KZP: _____ **VHP:** _____

Telefonisch besprochen am: _____ **Mit:** _____

Liegt Demenz vor: Ja Schreidemenz Hinläufer Andere Besonderheiten

Gast ist desorientiert: Zeitlich Örtlich Situativ Personenbezogen



Checkliste ausgehändigt: Ja _____ Biographiebogen ausgehändigt: Ja

Angehörige/Betreuer sind bei Anreise dabei:

Es werden mitgebracht: O₂Konzentrator Wechseldruckmatratze Rollstuhl Rollator
Gehstock Stoma Tracheotoma PEG Katheter Hörgerät Brille Gebiss
Sonstiges _____

*Größe: _____ *Gewicht: _____

*Blutverdünnende Medikamente: Ja Marcumar Sonstige _____

*Suchterkrankung liegt vor: Ja Alkohol Nikotin Sonstige _____

Diagnosen/Hilfebedarf des Gastes:

Grund des Einzuges: _____

Allergie/Unverträglichkeit: _____

Inkontinenz: Harn Stuhl Nein *Klostridien/MRSA vorhanden: _____

*Diabetis: Ja Tabletten Insulin *Wundverhältnis: _____

Wichtig: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Ärztliste ausgehändigt/ Ja Vordruck ärztliche Stellungnahme ausgehändigt: Ja
Arztwechsel nötig-besprochen:

*Dialysepatient: Ja *Dialysetage: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Vormittag Nachmittag Dialyse in: _____

Vorlieben, Eigenarten:

Familienstand: _____ Lebenspartner Name _____

Früherer Beruf/Hobbys: _____

Glaube/Kirche: Sehr wichtig Nicht so wichtig Kein Bedarf Konfessionslos

Interessiert an Beschäftigung: Wichtig Nicht so wichtig Nicht erwünscht

Datum

Unterschrift

Mit einem * markierte Felder bitte ausfüllen!